

DE
L'EXTIRPATION
DES
TUMEURS DU NERF OPTIQUE
SANS ÉNUCLÉATION DU GLOBE OCULAIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Juillet 1892

PAR

Jules-Albert THIÉRY

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Metz (Moselle), le 11 Juillet 1868

Examineurs : { MM. GROSS, *Président*.
HEYDENREICH, professeur.
ROHMER, agrégé.
RENÉ, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE
L'EXTIRPATION
DES
TUMEURS DU NERF OPTIQUE
SANS ÉNUCLÉATION DU GLOBE OCULAIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Juillet 1892

PAR
Jules-Albert THIÉRY

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à Metz (Moselle), le 11 Juillet 1868

Examineurs : { MM. GROSS, *Président*.
HEYDENREICH, professeur.
ROHMER, agrégé.
RENÉ, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques.	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Histoire naturelle médicale.	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.	M. SCHMITT, A O, professeur.
Histologie.	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive.	M. NICOLAS, agrégé, A O, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.	M. LANGLOIS *, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. VAUTRIN A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON, A O.
GUÉRIN, A O.	NICOLAS, A O.	REMY.
	VAUTRIN, A O.	P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON FRÈREMENT DE TROIS
MONSIEUR LE DOCTEUR GROS
A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES TANTES
FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR GROSS
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAÎTRES EN CLINIQUE
MESSIEURS LES PROFESSEURS BERNHEIM, HEYDENREICH
ET HERRGOTT

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROHMER
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

Dans le courant du mois de juillet 1891, alors que nous suivions la clinique d'ophtalmologie, nous eûmes l'occasion de voir M. le professeur agrégé Rohmer enlever une tumeur du nerf optique dont était porteur une enfant de trois ans et demi, sans enlever en même temps le globe oculaire. Ce procédé nous parut tellement avantageux et d'une application si facile, il donna dans ce cas un résultat tellement heureux, que sur les conseils de notre maître nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons recherché avec soin dans la littérature médicale les cas de tumeur du nerf optique où l'on avait employé ce procédé, et nous avons trouvé que depuis 1832, date à laquelle remonte l'observation de Gerdy rapportée par Scarpa, l'opération a été pratiquée ou tentée treize fois.

Dans cinq cas, elle a été suivie d'un plein succès ; dans un cas même de tumeur de la gaine du nerf, la vue est restée intacte.

Dans deux cas, il y a eu la fonte rapide de l'œil.

Dans un cas, il y a eu mort rapide par complication cérébrale.

Dans cinq cas, enfin, où l'on avait essayé de conserver le globe oculaire, on dut abandonner cette idée au cours de l'opération et pratiquer l'énucléation pour des raisons indépendantes de la volonté de l'opérateur.

Dans les cinq cas de guérison, nous trouvons celui de M. le professeur agrégé Lagrange, de Bordeaux, qui au mois d'août 1891, c'est-à-dire

un mois après l'opération pratiquée à Nancy, employait ce procédé pour un sarcome du nerf optique. L'opération qu'il pratiqua fut l'objet d'une communication au Congrès de chirurgie à la séance du 18 avril 1892.

De même l'observation de M. le professeur agrégé Rohmer fut l'objet d'une autre communication au Congrès d'ophtalmologie à la séance du 2 mai 1892. Cette communication présentait un intérêt d'autant plus grand qu'outre l'originalité du mode de traitement, la tumeur par elle-même qu'avait examinée microscopiquement M. le professeur Baraban présentait les caractères d'un fibrome lymphangectiasique.

Après cette communication, Monsieur Lagrange fit remarquer tout l'intérêt que présentait le procédé opératoire employé, insistant sur ce fait que jamais cette opération n'avait été réglée.

C'est ce but que nous avons essayé d'atteindre

dans ce court et modeste travail que nous soumettons à l'indulgence de nos juges.

Un ouvrage important que nous avons consulté avec fruit est la thèse de Jocqs, de Paris, parue en 1887. Grâce à ce travail sérieux sur les tumeurs du nerf optique, nous avons pu facilement retrouver les originaux des observations où notre opération a été pratiquée. Nous y avons rencontré à peu près tous les cas de tumeur du nerf optique connus dans la science. On trouvera le nom de cet auteur fréquemment cité dans le cours de notre travail.

La thèse intéressante de M. Roudié, de Bordeaux, sur le sarcome du nerf optique, inspirée par M. Lagrange, nous a fait connaître tout au long le procédé opératoire qu'avait employé ce chirurgien.

Pour ce qui est de la partie anatomique qui précède l'exposé de notre manuel opératoire, nous avons consulté avec fruit le traité d'anatomie to-

pographique de Monsieur Tillaux et le traité d'anatomie descriptive de Testu.

Dans un premier chapitre que nous diviserons en trois paragraphes, nous donnons un aperçu général de la symptomatologie et des caractères généraux des tumeurs du nerf optique ; un exposé des différents traitements de ces tumeurs avec les indications de chacun d'eux et enfin une comparaison de l'extirpation avec ou sans énucléation.

Dans un second chapitre, nous groupons les observations que nous avons recueillies dans un ordre chronologique tenant lieu d'historique.

Dans le troisième chapitre enfin nous exposons le manuel opératoire que nous avons vu employer à la Clinique ophtalmologique de Nancy, le faisant précéder d'un aperçu anatomique succinct de la région sur laquelle on opère.

Et nous concluons.

Toutefois avant de commencer l'exposé de notre

sujet nous tenons à remercier publiquement ici Monsieur le Professeur Gross de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et lui affirmer l'éternelle reconnaissance que nous aurons pour les marques de sympathie qu'il nous a toujours prodiguées pendant les trop courts instants que nous avons passés à son service.

Que Monsieur le professeur Heydenreich, doyen de la faculté, veuille bien aussi recevoir l'hommage de notre gratitude pour les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous ne saurions trop remercier non plus Monsieur le professeur agrégé Rohmer de la bienveillante amitié qu'il a toujours eue pour nous pendant l'année d'internat que nous avons passée à sa clinique ophtalmologique, et des bons conseils qu'il nous a donnés pour l'élaboration de notre thèse.

Merci, enfin, à Messieurs les professeurs agré-
gés René et Vautrin pour les bons conseils qu'ils
nous ont toujours donnés dans le cours de nos
études médicales.

CHAPITRE PREMIER.

I. — Caractères généraux des tumeurs du nerf optique.

Les tumeurs primitives du nerf optique, qu'elles aient pour point de départ le nerf lui-même ou sa gaine, sont en somme assez rares et dans les recherches que nous avons faites pour savoir par quels moyens on les avait traitées, nous n'avons guère trouvé que les 62 cas énumérés par Jocqs. Dans ces 62 cas sont compris les 27 qui ont servi de base au travail de Willemer en 1879 et les 8 nouveaux cas rapportés par Vossius en 1882. Nous y ajouterons le cas de sarcome observé à la clinique de Bordeaux qui a fait l'objet de la thèse de Monsieur Roudié et le cas qui a été observé à la clinique de Nancy de fibrome lymphangectiasique.

Ces tumeurs s'observent ordinairement à un âge peu avancé et semblent être l'apanage de la jeunesse ; ainsi sur 42 cas observés par Jocqs, plus nos deux cas de Bordeaux et de Nancy, 31 cas se rapportent à des individus de moins de 20 ans, ce qui nous donne à peu près 70 pour cent ; de 20 à 30 ans 4 cas, ce qui nous donne un pour cent de 8.8 ; de 30 à 40 ans 3 cas, soit 6.6 pour cent ; de 40 à 50 ans 3 cas soit aussi 6.6 pour cent. Le sexe féminin paraît un peu prédominer ; au point de vue des causes directes, les traumatismes paraissent jouer un certain rôle.

Au point de vue clinique, il est difficile de donner un diagnostic exact du genre de tumeur auquel on a affaire et ce n'est qu'après l'extirpation, alors qu'on peut se rendre compte de l'étendue du mal et après un examen microscopique minutieux, que l'on pourra être fixé sur le pronostic.

Pour ce qui est du diagnostic, pour ainsi dire brut, de tumeur du nerf optique, il est généralement facile à poser, grâce aux symptômes généraux que nous allons énumérer brièvement.

Un des premiers et des principaux de ces symptômes est l'exophtalmie, très peu accentuée au début, progressant au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume et pouvant arriver à un degré tel que les paupières ne peuvent plus recouvrir le globe oculaire.

On constate aussi quelquefois un certain degré de strabisme externe ou interne suivant que la

tumeur s'est développée plus du côté externe ou interne de l'orbite. A la faveur de cette déviation du globe, le malade accuse de la diplopie.

Lorsque cette tumeur est devenue suffisamment volumineuse, on peut diagnostiquer sa présence à la palpation directe, en ayant soin toutefois de ne pas la confondre avec le paquet cellulo-graisseux rétro-bulbaire.

Dans ces cas de tumeur du nerf optique, le globe oculaire garde en général sa mobilité. A une exophtalmie directe correspondent des mouvements conservés à peu près intégralement ; à une déviation plus ou moins grande de cette exophtalmie des mouvements plus ou moins limités.

A l'ophtalmoscope, on trouve généralement des signes de nevro-rétinite, du gonflement de la papille, de la stase papillaire, des vaisseaux dilatés ou amincis. Dans quelques cas de compression suivant l'axe du globe, l'axe antero-postérieur sera raccourci et il y aura un certain degré d'hypermétropie, comme cela a été très bien constaté dans notre observation par Monsieur le D^r Knœpfler, chef de clinique ophtalmologique : il a trouvé à l'œil malade une hypermétropie de 5,5 dioptries.

Il y a aussi amblyopie allant jusqu'à l'amaurose plus ou moins rapidement selon que la tumeur a pris naissance aux dépens du nerf lui-même ou de sa gaine.

Pour ce qui est des douleurs, elles ne sont pas très fortes en général et n'apparaissent que lors-

que la tumeur a acquis un grand volume et encore elles disparaissent quelquefois. Rarement aussi on constate l'existence de phénomènes cérébraux et s'ils existent ils sont peu importants.

Ces tumeurs ont peu de tendance à s'étendre au-delà du nerf, et même dans les cas les plus malins la cavité oculaire est respectée. Ce fait a été bien mis en lumière par Monsieur Lagrange qui, dans le Recueil d'ophtalmologie de janvier 1872, a publié une observation dans laquelle il a montré une coque oculaire intacte entourée d'une tumeur épithéliale émanée de la conjonctive et remplissant tout l'orbite ; la sclérotique avait résisté à ce contact et protégé l'œil efficacement. Il en sera donc à plus forte raison de même quand il s'agira d'un sarcome entouré d'une membrane fibreuse épaissie venant s'appuyer immédiatement contre le globe, n'établissant ainsi qu'un rapport de contact entre la coque et le néoplasme (1). Au point de vue du traitement que nous proposons, ce fait a une réelle importance, car il nous engage à tenter dans tous les cas la conservation du globe que nous trouverons presque toujours intact.

II. — Traitement général des tumeurs.

Quand on se trouve en présence d'un ~~malade~~ porteur d'une tumeur du nerf optique, que le diag-

(1) Thèse de Roudié. (Bordeaux, 1892).

nostie est posé d'une façon certaine, et qu'étant donné les symptômes que nous venons d'énumérer, il ne peut subsister aucun doute dans l'esprit du chirurgien, comment faut-il intervenir ?

Dans quelques cas, où l'origine spécifique de la tumeur pouvait être soupçonnée, on a conseillé d'instituer le traitement approprié. Nous ne nous y opposons pas, mais nous pensons qu'il ne faut pas s'y arrêter trop longtemps, et qu'en présence de son peu d'efficacité il faut recourir à des moyens plus radicaux. Il faut sans hésiter proposer au malade de lui enlever sa tumeur.

Enlèverons-nous tumeur et globe de l'œil tout ensemble ; ménagerons-nous le globe oculaire ? Telle est la question à résoudre.

Avant d'y répondre, il nous faut établir une distinction importante entre les différentes espèces de tumeurs du nerf optique. Avec Monsieur Lagrange, nous dirons qu'il faut avoir affaire à des tumeurs primitives, c'est-à-dire à des tumeurs ayant comme point de départ le nerf optique, que ce soit sa gaine ou son tissu propre et non un point quelconque de la cavité orbitaire ou du globe oculaire. Si la tumeur pour laquelle le malade vient vous consulter et vous demander une intervention a débuté par les parois de l'orbite, ou le tissu conjonctif ou les autres organes qu'elle contient et que consécutivement elle ait envahi le nerf, l'extirpation de la tumeur sans toucher au globe est impossible, c'est une exentération et un raclage de

toute la cavité qui est devenu nécessaire. Nous ne considérerons donc dans cette étude que les tumeurs primitives du nerf optique, et parmi ces tumeurs celles qui seront d'un pronostic le plus favorable, et pour lesquelles notre opération fournira les meilleurs résultats, seront celles limitées à la partie intra-orbitaire du trajet du nerf, ne se propageant pas au-delà du trou optique.

Est-il facile alors de poser un diagnostic exact et ce diagnostic devra-t-il être posé avant d'intervenir ? A ces deux questions nous répondrons qu'il suffit d'avoir constaté l'existence de la tumeur par les symptômes que nous avons décrits. Plus cette constatation aura été faite de bonne heure et plus l'intervention aura été précoce, meilleurs seront les résultats de l'opération. L'envahissement a lieu généralement d'avant en arrière, c'est-à-dire de l'orbite vers le cerveau, c'est ce qui doit nous engager à la pratiquer et aussi radicale que possible dès que le diagnostic sera posé.

Les phénomènes cérébraux ne sont que tardifs et laissent supposer un mal très étendu ; ce qui tracasse le plus le malade et l'engage à venir demander secours au chirurgien, c'est l'exophtalmie qui le défigure et le rend hideux, quelquefois de bonne heure, quand elle est sérieuse ; exophtalmie qui s'accompagne le plus souvent de larmolement et d'ulcérations de la cornée, d'autant plus douloureuses que les paupières ne parviennent plus à la protéger. Même lorsque la tumeur se

prolonge au-delà du trou optique, ainsi qu'il ressort des nombreuses observations de Jocqs, on n'a vu apparaître aucun accident cérébral sauf quelquefois une légère céphalalgie. Cette absence de réaction cérébrale n'est d'ailleurs pas particulière aux tumeurs qui nous occupent et, d'après M. Panas dans des cas de tumeur de l'orbite ayant acquis un grand développement, cette absence aurait été constatée.

Il ne suffit pas que nous ayons affaire à une tumeur primitive du nerf optique, il faut encore que cette tumeur soit limitée; c'est-à-dire qu'elle ait laissé au globe oculaire toute son intégrité et qu'elle soit parfaitement énucléable, qu'il y ait absence d'adhérences avec les organes contenus dans la cavité orbitaire. Nous avons suffisamment démontré l'existence de cette condition. Dans les cas de gliome du nerf où le néoplasme débute généralement par la rétine et s'étend de là au nerf optique et dans toute tumeur analogue où le globe oculaire n'est pas intact, notre procédé opératoire ne conviendrait pas et une bonne énucléation avec lavage antiseptique de la cavité orbitaire est le meilleur mode de traitement.

Ainsi donc dans les tumeurs primitives du nerf optique, l'extirpation est nécessaire et cela le plus tôt possible; elle devra toujours être tentée par le procédé que nous préconisons, quitte à pratiquer l'énucléation de l'œil, s'il survenait dans le courant de l'opération des circonstances obligeant à

y recourir. Elle sera d'autant plus recommandable par notre procédé que le globe oculaire aura gardé ses mouvements, que ses membranes et ses milieux auront conservé leur transparence. Cette mobilité, dont nous avons parlé dans la symptomatologie trouve ici son importance : elle nous permettra de poser un diagnostic plus précis du volume de la tumeur et par conséquent justifiable de notre opération.

III. — Parallèle entre l'extirpation avec ou sans énucléation.

Les avantages de cette opération sont assurément incontestables et méritent d'être pris en sérieuse considération par le chirurgien. Dans un cas, celui de Critchett, dont l'observation est si intéressante, il y avait bien adhérence de la tumeur à la gaine du nerf et l'énucléation pure et simple pouvait paraître un traitement rationnel. L'opérateur aurait cru rendre un grand service à son malade et, cependant, en ne procédant qu'à l'extirpation de la tumeur seule par morcellement, il est vrai, et en deux séances, Critchett est parvenu à conserver la vue de son malade.

C'est le seul cas de ce genre que nous ayons à enregistrer, néanmoins il plaide vivement en fa-

veur de l'extirpation sans énucléation. Sans pouvoir compter toujours sur un résultat si heureux et si favorable, il me semble que la conservation d'un globe oculaire pouvant accomplir encore certains mouvements : mouvements de haut en bas isolés, mouvements de latéralité isolés et les deux sortes combinées quelquefois, c'est un résultat opératoire préférable à celui obtenu par l'enucléation.

Par l'enucléation, en effet, nous vidons complètement la cavité orbitaire, et dans ce vide vient parfois s'implanter une masse plus ou moins molle de tissu bourgeonnant que recouvrent deux paupières flasques et ratatinées ; ou bien nous avons une vaste caverne qu'un œil artificiel ne parvient qu'à combler fort imparfaitement. On a bien essayé d'employer un œil artificiel plein à partie postérieure cônique remplissant de son mieux cette cavité ; mais ce corps étranger, outre la difficulté de sa pose, présente encore un inconvénient bien plus grand : celui de donner à l'opéré des douleurs assez fortes qui l'empêchent de le porter plus longtemps.

En présence donc de ces difficultés, je pense qu'il est préférable, quand on le peut, de garder le globe oculaire. Ce globe, à lui tout seul, remplira suffisamment la cavité qui aurait été faite par une énucléation, et il aura encore des mouvements, limités peut-être, comme nous l'avons vu

chez le petit opéré dont l'observation a servi de base à notre thèse (1).

On ne manquera pas cependant de nous faire cette objection : le globe oculaire que vous avez conservé ne garde pas toujours son intégrité et au bout de quelque temps il commence à s'atrophier ; les milieux pâlisent et les membranes s'obscurcissent, laissant dans la cavité orbitaire un organe non seulement inutile, puisqu'il ne voit plus, mais bien plus disgracieux qu'un œil artificiel. A cette objection nous répondrons que dans le cas cité par Knapp (observation n° 4), où il y eut atrophie consécutive assez rapide, le globe garda un volume suffisant pour que le malade le

(1) Au point de vue du résultat opératoire, nous sommes heureux de donner l'avis de M. le Professeur Fuchs, de Vienne, que notre ami le Dr Kœhler, chef de clinique ophtalmologique, actuellement en mission en cette ville, a eu l'obligeance de nous envoyer.

Ce chirurgien a eu l'occasion de faire deux fois l'opération que nous préconisons il y a quelques années ; nous regrettons qu'il n'ait pas publié ces deux observations qu'il a même égarées et que nous n'avons pu, par conséquent, nous procurer : l'œil avait conservé tous ses mouvements et la cornée était restée transparente ; cependant, d'après ce professeur, le résultat plastique ne lui aurait pas paru suffisant ; l'œil, par suite du vide postérieur, se trouvait attiré en arrière et semblait atrophié. Pour ces raisons, il ne serait pas disposé à renouveler cette tentative d'extirpation sans énucléation.

Ce résultat, pourtant, n'était pas déjà si fâcheux, et, comme nous le montrons, mérite qu'on le prit en plus sérieuse considération. Il sera toujours facile d'appliquer sur ce globe atrophié un œil artificiel.

conservât et n'en fût pas trop défiguré ; dans ce cas si intéressant, d'ailleurs, le globe avait conservé ses mouvements de haut en bas, mais non de latéralité, probablement d'après l'auteur, parce que la section du nerf optique avait intéressé également les nerfs des muscles droits latéraux.

Ajoutons encore que la circulation rétinienne s'était rétablie, puisqu'au bout de huit jours, on constatait à l'ophtalmoscope une hyperémie rétinienne veineuse intense, tandis que les artères, assez distinctes, avaient un volume normal. Et comme confirmation de notre opinion, nous ne pourrions mieux faire que de citer les paroles même de Knapp à la discussion qui eut lieu à la Société ophtalmologique d'Heidelberg en 1874, à la suite de sa communication. « Ce cas m'a fait
« l'impression qu'il serait possible d'enlever la
« plupart des tumeurs du nerf optique tout en
« conservant le bulbe ; j'ajouterai encore ce fait
« que le bulbe se conserve après sa sortie violente
« de l'orbite, comme cela arrive si souvent dans
« les duels et autres occasions. »

Si l'atrophie devenait plus considérable, il n'y aurait pas encore lieu de s'en émouvoir outre mesure et même dans ce cas nous aurions avantage d'avoir conservé le globe oculaire plutôt que de l'avoir enlevé. Ce globe atrophié donnera, en effet, un excellent point d'appui à l'œil artificiel qui pourra être posé dans la suite, si le malade le désire par suite de la difformité qui résulterait de

cette atrophie ; difformité bien légère, ajouterons-nous, et de combien moins importante que celle occasionnée par une exentération de l'orbite.

Dans deux cas, l'observation de Strawbridge (n° 8) et la seconde de Knapp (n° 5), il y eut fonte complète du globe oculaire et plus tard perte de l'autre œil ; le résultat donné par ces deux observations n'est évidemment pas favorable ; mais je crois que dans la première il devait exister des lésions de l'œil accompagnant les troubles fournis par la tumeur et que l'opération pratiquée sur cette dernière a donné le coup de fouet provocateur des phénomènes sympathiques qui ont amené la perte de l'autre œil consécutive à la fonte du premier.

Dans la seconde observation, l'extirpation sans énucléation semblait plutôt indiquée et les suites fâcheuses qui en ont résulté ne peuvent être mises, ce me semble, que sur le compte du manque de précautions antiseptiques qu'exigeait la suture des deux paupières au bulbe conservé ; nous ne nous expliquons pas, d'ailleurs, l'utilité de cette mesure.

Pour ce qui est des autres petits inconvénients secondaires que nous trouvons signalés dans l'observation de M. Lagrange, citée dans la *Thèse de Roudié* : le strabisme interne et le ptosis du petit opéré ; nous pensons qu'il eût été facile de les éviter en faisant pour le strabisme, après l'extirpation de la tumeur, la suture du muscle droit

externe à son tendon que nous conseillons dans l'exposé de notre manuel opératoire ; et pour le ptosis, en évitant de léser le muscle releveur de la paupière supérieure.

Une raison qui nous engagera encore à conserver le globe oculaire et nous fera préférer ce mode de traitement à l'énucléation complète, c'est le résultat des statistiques que nous fournit Jocs dans sa thèse. Sur 59 observations qu'il a considérées à ce sujet et nous ajouterons les deux nôtres, 43 fois l'énucléation a été pratiquée en même temps que l'extirpation de la tumeur ; 7 fois plus nos deux cas, c'est-à-dire 9 fois l'œil a été conservé et il n'y a qu'un seul cas de mort, mort rapide par méningite purulente secondaire, soit une mortalité de 11 pour cent.

Sur les 43 cas d'opérations complètes il y a eu 7 morts d'où une mortalité de 16,5 pour cent.

Ces différentes indications produites par les statistiques apportent un nouvel argument en notre faveur et plaident assez vivement pour l'opération incomplète, c'est-à-dire l'extirpation de la tumeur seule sans énucléation comme nous l'avons vu pratiquer.

Cette opération, d'ailleurs, n'a rien d'extraordinaire, et, sauf quelques modifications, n'est guère qu'une application presque immédiate de la résection du nerf optique pratiquée dans les cas d'ophtalmie sympathique. Ce mode de traitement, au sujet duquel tant de discussions ont déjà été

soulevées, poursuit, en effet, dans cette affection, un but presque analogue au nôtre dans les cas de tumeur du nerf optique. Il a été opposé, lui aussi, à l'énucléation et dans la thèse de notre ami le Docteur Marchal sur la comparaison entre la résection du nerf et l'énucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique parue en 1891 et inspirée aussi par le professeur agrégé Rohmer, les détails sur la question et le manuel opératoire sont soigneusement exposés.

CHAPITRE DEUXIÈME.

EXPOSÉ CHRONOLOGIQUE DES OBSERVATIONS.

Avant de donner une description exacte du procédé opératoire que nous avons vu mettre en œuvre à la clinique ophtalmologique de Nancy par Monsieur le professeur agrégé Rohmer, procédé présentant beaucoup d'analogie avec celui employé à Bordeaux par Monsieur Lagrange ; nous voudrions faire voir à quelle époque remonte la première idée d'une opération de ce genre et publier au fur et à mesure que des opérations ou des tentatives d'opération semblable ont été pratiquées, les observations où ont été consignés les faits qui nous intéressent.

Sans vouloir faire un historique d'une question

qui n'a pour ainsi dire été traitée dans aucun livre dogmatique nous voudrions montrer que la pensée qu'a eue tel opérateur de conserver le globe oculaire en enlevant une tumeur du nerf optique est plutôt le fait du hasard et de l'opportunité des cas cliniques qui se présentaient à ces opérateurs que de l'intention d'agir selon les règles d'une opération décrite tout au long dans les traités et pratiquée tous les jours dans les services d'ophtalmologie.

Nous voyons donc en consultant les observations que nous avons trouvées que c'est Demarquay, dans sa thèse d'agrégation de 1853, qui relate l'observation suivante datant de 1832, due à Gerdy et trouvée dans le traité de Scarpa des maladies des yeux annoté par Rognetta.

OBSERVATION I.

(Traité des maladies des yeux de Scarpa, annoté par Rognetta) 1832. Citée par Demarquoy, thèse d'agrégation de 1853.

Jeune homme. — Exophtalmie descendante. — Tumeur intra-orbitaire, appréciable à la paupière supérieure. — Ablation en conservant le globe de l'œil. — Guérison. — La tumeur émanait de la gaine du nerf optique et se prolongeait entre les muscles releveur de la paupière et droit supérieur.

Dans la même thèse ou plutôt dans son traité des tumeurs de l'orbite de 1860, Demarquay cite

tout au long une observation de Critchett, datant de 1852 et relatée dans le « Medical Times and Gazette ».

OBSERVATION II.

(*Critchett. Medical Times and Gazette. — Citée par Demarquay. Traité des tumeurs de l'orbite 1860.*)

John Scärle, âgé de 28 ans, entré le 25 août 1852 au Royal Ophtalmic Hospital Moorfields à Londres, dans le service de M. Critchett. La moitié inférieure de l'orbite droite est occupée par une tumeur solide, volumineuse, mal limitée, qui a fortement déplacé l'œil en avant et l'a refoulé en haut et en dehors. La paupière supérieure est distendue et dure, tandis que l'inférieure est renversée en dehors et laisse voir la conjonctive. L'œil a subi un déplacement tel que le malade ne peut plus voir qu'en haut; toutefois la vision est parfaite dans cette direction. On avait commencé à remarquer la saillie de l'œil il y a 15 mois; le développement de la tumeur ne s'était accompagnée d'autre douleur que de celle occasionnée par la compression exercée sur les parties voisines. Il ne se rappelait pas avoir reçu de coups dans la région. Son état général était resté le même.

Il fut décidé en consultation qu'on pratiquerait une incision exploratrice et que l'on recourrait s'il y avait lieu à l'extirpation. Le malade n'est pas chloroformé, Critchett ayant d'abord largement incisé la conjonctive renversée de la paupière inférieure et l'ayant disséquée, mit à nu une production solide, blanchâtre, que l'on enleva par morceaux. On reconnut qu'elle s'étendait au loin dans l'orbite et était adhérente à la gaine du nerf optique.

L'opération est interrompue, la paupière inférieure et les parties situées dans la moitié inférieure de l'orbite s'enflèrent beaucoup, il s'en détacha même une eschare ; lorsque la cavité fut comblée le malade quitta l'hôpital. Il continua néanmoins à se faire traiter à la consultation.

La tumeur ayant vite repris son volume primitif, le malade fut transféré au London Hospital pour le soumettre à une seconde opération. M. Critchett l'avertit qu'en raison de la profondeur des attaches, l'intégrité de l'œil se trouvait compromise et l'énucléation pourrait devenir nécessaire. Après avoir chloroformé le malade il disséqua au-devant de la tumeur la conjonctive épaissie. Il incisa alors avec précaution et sans léser le globe de l'œil, les adhérences de la tumeur aux parties avoisinantes. Lorsqu'il l'eut ainsi débarassée dans une étendue considérable, il la saisit avec des pinces à dents et se mit à tirer assez fortement en même temps qu'il s'efforçait avec des ciseaux courbes à pointes mousses de séparer ses attaches postérieures. Il amena au dehors une masse du volume d'une grosse noix.

L'opération fut suivie d'une suppuration assez abondante qui occasionna pendant 15 jours environ une tuméfaction considérable ; puis l'œil reprit peu à peu sa position et vers la fin de septembre il était complètement à sa place. La vision était parfaite ; mais l'œil, à cause de la lésion qu'avait subie le muscle droit inférieur était un peu dirigé en haut. Le malade le portait facilement dans toutes les directions, excepté en bas.

Cette observation est très intéressante, étant donnée la guérison rapide de l'opéré et la conservation de la vue. C'est le seul cas où ce résultat ait été obtenu ; toutefois il faut dire que la tumeur n'était adhérente qu'à la gaine du nerf optique.

L'auteur ne nous dit pas si elle était primitive ou consécutive à celui de l'orbite ; néanmoins l'énucléation aurait pu être pratiquée dès la première intervention, et le résultat heureux qui a donné la seconde n'aurait pas été obtenu sans la judicieuse réserve de l'opérateur.

Vient ensuite l'observation de Sichel fils, relatée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de 1871 (n° 10) où pour un cas de mxome gélatineux, l'opération que nous proposons fut tentée le 9 juillet 1867, mais ne put être continuée jusqu'au bout.

OBSERVATION III.

Sichel fils. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de 1871, n° 10.)

Anna E..., âgée de 16 ans, bonne santé habituelle. A l'âge de 7 ans, début d'ophtalmie de l'œil gauche et en même temps léger strabisme. A partir de ce moment, la vue baissa et depuis 3 ans amaurose de cet œil. On fit trois ponctions dans la tumeur, issue d'un peu de sang. Pas de douleurs. Mobilité fortement réduite en haut, complètement anéantie au dehors. A la palpation on sent d'abord une grande dureté de l'œil, et en arrière du globe, au-dessus de la paupière supérieure, on a la sensation d'une vessie fortement distendue par du liquide. Pas de battements. A l'ophtalmoscope, atrophie simple de la papille sans traces de névrite ancienne, amincissement des artères, hypermétropie forte de l'œil gauche.

Je proposai l'ablation qui fut acceptée et pratiquée le 9 juillet 1867.

En présence de la mobilité relative que possédait encore le globe, j'avais l'espoir de pouvoir le conserver tout en enlevant la tumeur.

Après avoir incisé la commissure externe, je cherchai à insinuer les ciseaux entre la paroi supérieure de l'orbite et la partie de la tumeur qui débord le globe du côté externe, mais à peine l'aponévrose orbito-oculaire fut-elle incisée que la tumeur fit brusquement saillie et luxa le globe en bas et en-dedans. J'entrepris alors de disséquer le muscle droit externe sur sa face orbitaire, afin de l'isoler; mais arrivé à 1 centimètre 1/2 de son insertion scléroticale, on en perd la trace, il disparaît complètement dans la tumeur.

On est forcé d'abandonner l'opération et on pratique l'énucléation.

Guérison sans complications.

A l'examen de la tumeur, on constate que le nerf optique a été sectionné pour l'énucléation à 4 millimètres en arrière de la lame criblée. Sur la face antérieure de la tumeur on retrouve la même section du nerf et on peut le poursuivre jusqu'à une profondeur de 1 centimètre 1/2. Ici ses éléments se confondent avec ceux de la tumeur.

Cette observation très complète est intéressante au point de vue du traitement. Ce qui semble avoir arrêté l'opérateur dans la voie où il s'était engagé, semble être la luxation brusque du globe oculaire en bas et en-dedans. Cette circonstance, au contraire, aurait pu lui faciliter sa tâche, si, comme nous l'avons vu faire, il avait cherché et sectionné le tendon du muscle droit externe qu'il aurait pu

faire retenir au-dehors par un fil tenu par un aide.

C'est en 1874 que Knapp fit à la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg l'importante communication de l'opération qu'il pratiqua pour un fibrosarcome du nerf optique et affirma son opinion au sujet de notre opération dans les termes que nous avons cités. Il eut d'ailleurs l'occasion, une seconde fois, d'employer le même procédé sans toutefois obtenir un résultat aussi favorable.

OBSERVATION IV.

Knapp. Société d'ophtalmologie d'Heidelberg, 1874.

Annales d'oculistique, 1875.

Depuis 3 ans, j'observais l'œil d'une femme de 40 ans, bien portante, qui souffrait de névrite ascendante avec amblyopie. Le globe oculaire était porté en avant et un peu en bas et en-dehors. Exophtalmie progressive. Douleurs périodiques intolérables. Dans l'angle interne de l'orbite on sentait une tumeur mobile adhérente au bulbe.

Opération. — Je résolus d'enucléer la tumeur tout en conservant le bulbe. Cet essai me réussit; j'opérai de la manière suivante :

Les paupières écartées au moyen d'un spéculum ordinaire, je fis, au moyen de ciseaux à strabisme, une ouverture entre les droits supérieur et interne et l'oblique supérieur à travers la conjonctive et la capsule de Tenon jusqu'à ce que, au moyen du doigt, je puisse sentir la tumeur. Je circonscrivis ensuite, toujours guidé par l'indicateur gauche, toute la tumeur, je l'isolai de la scléroti-

que et je coupai le nerf optique, d'abord à son extrémité oculaire, ensuite à son extrémité orbitaire. Au moyen du plat des ciseaux, j'extrayai la tumeur du volume d'une noix. L'hémorrhagie fut insignifiante.

Le bulbe replacé en partie fut contenu par un pansement de charpie. La plaie guérit sans suppuration. Dès le second jour la patiente n'eut plus de douleurs. Un ulcère dans le segment inférieur de la cornée guérit par l'occlusion palpébrable au moyen de deux sutures latérales.

L'œil fut examiné régulièrement à l'ophtalmoscope à partir du 2^e jour ; les milieux réfringents étaient et restaient clairs. Le bulbe conserva presque intégralement sa grosseur et sa tension ; il était mobile en haut et en bas ; mais pas latéralement. Probablement la section du nerf optique avait également intéressé les nerfs des muscles droits latéraux.

L'exophtalmie disparut presque entièrement. Au bout d'un mois environ il se produisit un infarctus hémorrhagique au niveau de la rétine. Consécutivement la rétine s'atrophia et les vaisseaux furent réduits à des cordons blancs. L'œil diminua considérablement de volume, mais les milieux restèrent transparents et le malade put le garder sans incommodité.

Nous ferons remarquer que dans son procédé opératoire Knapp fit une incision conjonctivale à la partie supérieure et interne de l'œil, sans ménager les tendons des muscles droit supérieur, interne et oblique supérieur intéressés forcément à cette section. C'est ce qui explique l'absence consécutive de mouvement de latéralité. Par cette voie, d'ailleurs, on ne peut donner autant de jour que du côté externe où l'on peut, si cela est nécessaire, inciser la commissure externe des paupières.

OBSERVATION V

Knapp. Rapportée par Vossius, 1879. — Transact. of. the Americ. ophth. Society, 1879.

Petit garçon de 2 ans, chez lequel les parents ont constaté peu de temps après la naissance, une exophtalmie qu'ils ont attribuée à une chute. Par un examen immédiat, on constate en effet une exophtalmie prononcée sans changement dans la mobilité de l'œil. Du côté de la papille signes de névrite. Le globe oculaire proéminait en avant, directement ; on diagnostique une tumeur du nerf optique.

Six mois après, Knapp extirpe la tumeur en conservant le bulbe sur lequel il cousit les paupières. La cornée fut détruite par une kératite suppurée et le bulbe se fondit.

La tumeur était un gliosarcome myomateux.

Le malade perdit le second œil 9 mois après, de névrite ascendante selon Knapp.

OBSERVATION VI

Gruning. Archives de Knapp. 1877.

Femme de 34 ans, de bonne santé apparenté. Chute dans l'escalier, il y a 14 ans, blessure à la partie gauche de la tête. Deux ans après cette chute, elle remarqua par hasard, que son œil gauche avait presque perdu la vue. Quatre ans plus tard légère exophtalmie qui ne fit qu'augmenter. La vue se perdit complètement et il survint une douleur, légère d'abord, très forte quelque temps après.

État actuel — Exophtalmie de l'œil gauche dans la direction de l'axe du nerf optique. Mobilité parfaite. Abaissement des paupières encore possible. A la palpation, on sent derrière le globe une tumeur molle et mobile. Les milieux réfringents clairs. Pupille blanche et brillante, atrophiée et excavée. Artères de la rétine minces, veines moyennes.

Opération. — Dans le courant du mois d'octobre 1875 extirpation de la tumeur en plusieurs morceaux en conservant le globe. On coupe le nerf directement derrière l'œil. Hémorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément.

Guérison rapide — Les douleurs violentes ne repaurent plus, sortie de la malade au bout de 15 jours. Nul le récidive en Juin 1876. Santé bonne.

En 1887, la malade vit encore, son œil est conservé et ne paraît pas atrophié extérieurement.

La tumeur grosse comme une noisette, de consistance molle et élastique était un myxome véritable.

OBSERVATION VII

Schott. — Archives de Knapp.

Petite fille de 6 ans 1/2 bien portante. Depuis deux ans protusion de l'œil droit augmentant peu à peu sans douleur. La pupille de l'œil gauche présentant un aspect louche, le professeur Mauthner refusa l'opération craignant une tumeur cérébrale. Quelque temps après, ses craintes ne s'étant pas justifiées, il pratiqua l'opération.

État avant l'opération. — Le globe de l'œil droit proémine surtout en haut et en-dedans. Tension du globe normale. Cornée intacte. La pupille ne réagit pas à la lumière. Milieu réfringent, clair. Hypermétropie notable.

La pupille n'est pas très blanche, mais ses bords sont diffus ; les artères et les veines sont larges sur la pupille, tortueuses sur la rétine. La mobilité de l'œil est conservée. Amaurose complète. A la palpation, on sent une tumeur intra-bulbaire et fort résistante. Pas de troubles cérébraux.

Opération. — On cherche à conserver le globe ; on extirpe donc la tumeur seule. Bientôt suppuration et fièvre intense ; on est obligé d'enlever le globe pour permettre l'écoulement du pus. Mort le 7^{me} jour après des convulsions, des vomissements et perte de connaissance.

A l'autopsie : Méningite purulente. Tumeur cérébrale recouvrant la plus grande partie de la scissure de Sylvius et s'étendant jusque environ 2 centimètres de la limite des lobes frontaux. La tumeur du nerf était un glio-sarcome ayant pris son origine sur le nerf intra-orbitaire et gagné consécutivement, le nerf optique intra-crânien.

OBSERVATION VIII

*Strawbridge. Transact. of the Americ. ophtalmic Society
1878. Rapportée par Vossius.*

Femme de 24 ans. Dès la naissance elle avait une certaine proéminence des deux globes oculaires. A 20 ans, elle avait perdu la vue de l'œil droit.

L'amaurose de cet œil était venue progressivement, accompagnée d'hémicranie du même côté. L'exophtalmie survint un an après et augmenta constamment jusqu'à l'opération. Le bulbe était porté en avant de 12 millimètres. La pupille était atrophiée avec traces de névrite ancienne.

La tumeur fut extirpée en conservant le globe oculaire ; mais bientôt survint une kératite suppurée à la suite de laquelle il y eut fonte complète de l'œil.

La tumeur était un gliome. La femme perdit plus tard la vue de l'œil gauche avec des symptômes cérébraux.

OBSERVATION IX

Alt in Toronto. Archives de Knapp 1878.

Un ouvrier de 31 ans, s'apercevait il y a 6 ans, d'une proéminence plus forte de l'œil gauche et quelque temps après de l'abaissement de la vue de cet œil. Depuis un an amaurose complète de l'œil gauche. Il y a 3 ans après de violents maux de tête dans la région sus-orbitaire, il devint subitement épileptique. Les accès, d'abord espacés, revinrent ensuite plusieurs fois par jour.

Etat actuel. — Œil gauche proéminent, directement en avant. Mouvements un peu limités dans tous les sens. Occlusion incomplète des paupières. On sent dans l'angle interne de l'orbite une tumeur ronde suivant les mouvements du globe. Atrophie complète de la pupille ; milieux réfringents clairs.

Opération. — L'opération est conduite de façon à conserver le globe oculaire. La tumeur commence près de la sclérotique et va jusqu'au trou optique. Hémorrhagie abondante. Bientôt survinrent de très fortes douleurs dans le globe devenu très dur. Enucléation nécessaire

Disparition des douleurs. Dans les 3 mois suivants, il n'eut que trois attaques épileptiques.

La tumeur était un endothéliome.

OBSERVATION X

Leber. Arch. f. Ophtalm. 1879.

Wilhelmine, âgée de 6 ans, souffre de l'œil droit depuis plus de 18 mois. Son médecin, il y a un an, constata une tumeur orbitaire droite. L'œil était dévié en-dehors. La vue s'était déjà beaucoup affaiblie. En mai 1878 accroissement de l'exophtalmie et perte complète de la vue. En juillet on amène l'enfant à la clinique.

État actuel. — Forte exophtalmie de l'œil droit et strabisme divergent. Le globe est dévié aussi en haut. Au-dessous de l'œil on peut toucher l'extrémité antérieure d'une tumeur rétro-bulbaire. La tumeur ne paraissait pas soude à l'orbite, de consistance dure, se laissant cependant deprimer légèrement. Mouvements du globe très limités en bas et en dedans. Les paupières peuvent à peine recouvrir l'œil. Milieux réfringents clairs. Pupille dilatée, ne réagit pas à la lumière, amaurose complète, pas de douleurs.

Opération. — Incision de la commissure externe des paupières, incision de la conjonctive sur la partie saillante de la tumeur au-dessous de l'œil. La tumeur bridée par le tendon du droit interne fait saillie ; elle a une paroi lisse très fine et transparente : elle a l'aspect d'un kyste. Elle se laisse facilement séparer du tissu environnant. En pénétrant plus loin on voit qu'il faut considérer comme le nerf optique dégénéré toute cette partie de la tumeur qui touche directement le globe. L'opération est conduite de manière à conserver le globe si c'est possible. On coupe le nerf optique à son entrée dans l'œil. On voit alors que le nerf augmente de volume, présente une courbure avant de se confondre avec la tumeur. Devant la difficulté qu'il y avait à couper la tumeur au fond de l'orbite, on pratique l'énucléation.

La tumeur avait la grosseur d'un gros œuf de pigeon.

OBSERVATION XI

Leber et Vossius. Arch.v. f. opthalm. Berlin. 1882.

Walther R. âgé de 2 ans 1/2. de Celle, fut amené à la clinique des yeux de Göttingue le 26 juin 1879. Deux jours après sa naissance, légère conjonctivite purulente qui dure 8 jours. Consécutivement quelque chose de singulier dans l'œil gauche et léger strabisme. A 1 an 1/2 début de l'exophtalmie à gauche. Les parents l'attribuent à une chute faite quelques jours auparavant. Progrès rapide de l'exophtalmie, une des sœurs du malade a plusieurs nævus sur différents points du corps. La vue fut conservée pendant les premiers temps de l'exophtalmie.

Etat actuel. — 30 Juin 1879, œil droit normal, œil gauche à l'examen ophtalmoscopique : papille gauffrée, proéminente, bord à pic, couleur blanchâtre, artères et veines tortueuses et dilatées ; pas d'exsudats ni hémorrhagie de la rétine. Exophtalmie considérable. L'œil était porté en avant et un peu en-dehors et en haut mobilité du bulbe à peu près normale. Papilles d'égale grandeur. Conservation du réflexe accommodateur. Le réflexe lumineux est nul. Le doigt sentait vaguement une tumeur dans l'angle inféro-interne de l'orbite. L'œil ne pouvait être repoussé en arrière ; amaurose absolue.

Opération. — Le 30 Juin 1879. Après l'élargissement de la fente palpébrale, on fit la ténotomie du droit externe dans l'intention de conserver la bulbe. On put voir que la tumeur était adhérente au nerf optique. Le nerf fut coupé près du bulbe en un point où il n'était pas englobé par la tumeur. Au niveau de la section du nerf, on vit à l'œil nu qu'il était dégénéré et comme on y trouva au microscope des éléments de tumeur, on enleva l'œil immédiatement.

Après avoir enlevé d'un seul morceau une grande partie de la tumeur, on a enlevé successivement trois petits morceaux. Guérison. Sortie du malade le 4 août, 3 ans après, pas de récurrence, œil droit normal. La rétraction de la cicatrice orbitaire empêcha de placer un œil artificiel.

La tumeur était un myxo-sarcome.

OBSERVATION XII (RÉSUMÉ)

Johnson. Arch. of. Ophtalmologie. New-York 1885.

Petite fille de 12 ans examinée pour la première fois le 14 août 1883. Exophtalmie à l'œil gauche de 13 millimètres. Mobilité conservée à la palpation, on sent derrière le globe une tumeur paraissant occuper toute la cavité orbitaire, plus étendue en-dehors et en bas. L'œil est aplati d'arrière en avant. L'exophtalmie a commencé à l'âge de 6 ans; douleurs intermittentes depuis cette époque.

Opération le 2 septembre 1883. On pense d'abord à l'extirpation sans énucléation, mais devant le volume de la tumeur, cette idée fut abandonnée.

OBSERVATION XIII.

Thèse de Roudié de Bordeaux. Communiquée par M. le professeur agrégé Lagrange. Août 1891.

M... (Jean), âgé de 13 ans, entre le 18 août à l'hôpital des enfants, pour une affection dont l'histoire résumée est la suivante :

Il y a environ 3 mois, les parents constatèrent que cet enfant était atteint d'exophtalmie, sans douleur. Sa vue dès ce moment avait complètement disparu, l'exophtalmie

n'a fait que progresser. Il y a 2 ou 3 ans le malade aurait reçu un coup avec violence sur la région temporale gauche.

Etat actuel — Exophtalmie très accusée de l'œil gauche, paupières tendues ; milieux oculaires sains ; rotation oculaire se fait très bien, elle est seulement un peu limitée en haut. La vision complètement supprimée.

L'intervention chirurgicale étant bien indiquée, nous pratiquons quelques jours après l'entrée du malade dans notre service l'opération suivante.

Opération. — Après avoir chloroformé le patient et lavé la région au savon d'abord, puis au sublimé, une incision allant de la commissure externe de l'œil jusqu'au bord externe de la cavité orbitaire est pratiquée. Cette incision curviligne est ensuite prolongée le long de l'arcade sourcilière dans un tiers externe. La glande lacrymale se présente, elle est extirpée. Le muscle droit externe est sectionné.

Le doigt indicateur introduit dans l'orbite par cette large brèche, perçoit alors très bien une tumeur occupant la place du nerf optique commençant immédiatement en arrière du globe oculaire et se dirigeant en diminuant de volume, vers le trou optique, cette tumeur à grosse extrémité antérieure, à sommet postérieur a le volume et la forme d'une grosse olive.

La sonde cannelée suffit aisément à libérer cette tumeur des organes environnants qui en sont distincts et nous l'avons bientôt tout entière sur le doigt sinon sous les yeux. Pour l'extirper commodément, nous prenons une aiguille de Cooper armée d'un double fil de soie et nous enserrons le néoplasme dans une anse de fil, comme on le ferait d'une artère destinée à être liée. Les deux bouts du fil sortent ainsi en dehors de l'orbite après avoir passé du côté interne de la tumeur.

Cela fait, une pince à forcipressure à mors longs est placée au sommet de l'orbite, sur le nerf optique, à son entrée dans la cavité orbitaire. Elle serre ainsi ce que l'on peut considérer comme le pédicule de la tumeur. Un coup de ciseau détache ce pédicule, et il suffit alors de tirer sur l'anse du fil pour faire basculer l'œil, amener en avant le nerf optique pendant que la cornée regarde successivement en dedans et en arrière.

La masse morbide est ainsi conduite complètement en dehors de la cavité orbitaire. On reconnaît qu'elle intéresse presque complètement le nerf optique. Un sillon étroit la sépare de la sclérotique qui est saine dans toutes les parties, du moins autant que la vue et le toucher permettent de l'apprécier.

Un coup de ciseaux détache le néoplasme au ras de l'œil.

Celui-ci peut être ensuite retourné de nouveau et remis à sa place ordinaire, sous sa conjonctive normale, incisée seulement à sa partie externe. Enfin pour terminer l'ablation du nerf optique, un autre coup de ciseaux portant un peu plus en arrière, plus loin que le premier, détache encore un fragment du nerf resté au sommet de l'orbite.

La pince à forcipressure enlevée, nous n'avons aucune peine à assurer l'hémostase. Toutes ces manœuvres ont été faites sans grande effusion de sang ; probablement sans intéresser l'artère ophthalmique dont nous nous attendions à faire la ligature. L'asepsie la plus grande a présidé à l'opération.

Une insufflation de poudre d'iodoforme a été pratiquée dans la cavité orbitaire ; une bande de gaze iodoformée, placée dans l'orbite sort au niveau de l'incision conjonctivale servant de drain.

Enfin la peau est exactement suturée et le bout recouvert d'un pansement à la gaze iodoformée et à la ouate.

Les suites ont été aussi simples et aussi bénignes que possible. Il n'y a eu dans la région orbitaire qu'un peu de gonflement. Le douzième jour les points de la suture sont enlevés, la gaze iodoformée avait été retirée de la cavité orbitaire le quatrième jour. Le globe oculaire a subi des troubles trophiques très marqués ; la cornée s'est infiltrée et un instant nous avons craint la fonte du globe par perforation de la cornée ; mais vers le 12 juin la nutrition normale a repris le dessus.

Aujourd'hui, 6 semaines après l'opération, le globe est diminué de volume, la cornée a presque perdu toute sa transparence, mais en somme l'œil vit et tel qu'il est, cache l'effroyable difformité qui résulte de l'évidement complet de l'orbite, évidemment nécessaire avec tout autre procédé opératoire que celui qui a été mis en œuvre.

OBSERVATION XIV

Recueillie à la clinique ophtalmologique de Nancy par M. le Docteur Knœpfler, chef de clinique, communiquée par M. le Professeur agrégé Rohmer.

L'enfant Amélie L..., âgée de trois ans et demi, est présentée pour la première fois à la clinique le 17 juin 1891 pour une déviation de l'œil droit, datant de 2 mois, survenue sans cause apparente. Les parents ne fournissent aucun renseignement digne d'être noté au sujet des antécédents de l'enfant.

Etat actuel. — A l'examen, on constate un strabisme convergent avec protusion apparente du globe ; la kératoscopie révèle une hypermétropie de 5,5 dioptries pour l'œil droit et de 4,5 dioptries pour l'œil gauche ; l'ophtalmoscope montre une stase papillaire avec dilatation con-

sidérable des vaisseaux pour l'œil droit, tandis que l'œil gauche est sain. A la palpation, on ne perçoit pas de tumeur derrière le globe oculaire ; néanmoins on soupçonne la présence d'un néoplasme au fond de l'orbite, qui comprime le nerf optique et dévie l'œil en-dedans. On prescrit un traitement à l'iodure de potassium et l'enfant est renvoyée à un mois.

Le 16 Juillet elle revient. On constate que le strabisme convergent a augmenté ainsi que l'exophtalmie ; l'hypermétropie n'a pas augmenté. A la palpation on sent alors une tumeur située profondément dans l'orbite et le globe oculaire.

On propose aux parents l'extirpation de cette tumeur, elle est acceptée et pratiquée séance tenante le 16 juillet.

Opération. — La petite malade est chloroformée, les paupières sont écartées et après un lavage antiseptique de la région au sublimé, une large incision conjonctivale courbe est faite au côté externe de la cornée, de haut en bas ; le muscle droit externe chargé sur un fil est détaché de son insertion scléroticale ; puis le globe de l'œil est luxé en dehors.

Le doigt introduit derrière le globe permet de sentir que le néoplasme fait corps avec le nerf optique. On sectionne ce nerf au niveau de son entrée dans l'œil ; puis avec des ciseaux courbes introduits profondément derrière la limite postérieure de la tumeur on arrive à déplacer celle-ci de la partie restée saine du nerf optique.

Après lavage de la cavité orbitaire je remets le globe en place.

Le droit externe est suturé à son tendon, et le lambeau conjonctival lui-même maintenu par quelques points de suture. Il ne s'est produit pendant l'opération qu'une hémorragie très légère.

Un bandeau compressif est appliqué et malgré lui on

constate le lendemain et les jours suivants une légère protrusion de l'œil qui disparaît peu à peu.

L'enfant a été représentée à la clinique six mois après, on ne constate aucune trace de récurrence. Le globe de l'œil est un peu atrophié et très légèrement tourné en strabisme interne.

Nous ne voudrions pas publier cette observation sans y joindre un résumé de l'examen histologique complet et très minutieux qui a été fait par M. le Professeur Baraban. Cette tumeur en effet présente des caractères très curieux que nous n'avons trouvés signalés dans aucune des tumeurs que nous avons rencontrées et qui la rendent très intéressante :

Grosse comme une forte noisette, cette tumeur affecte grossièrement la forme d'un tronc de cône dont l'axe serait embroché par le nerf optique ; la base du cône regarde le globe oculaire, tandis que le sommet semble fuser et se confondre avec l'autre extrémité du nerf optique.

Sur une coupe longitudinale examinée à l'œil nu, le trajet du nerf à travers la tumeur se laisse parfaitement reconnaître ; mais en même temps on voit que le cordon nerveux y prend un volume anormal se renflant en un fuséau assez régulier, cet épaississement est dû à ce que dans le nerf tout est devenu libre : faisceau et cloison.

Pour ce qui est de la tumeur on doit la considérer d'une manière générale, comme un fibrome ; mais dans certaines parties il existe des points qui montrent une réticulation assez délicate rappelant à peu près la trame d'un lymphadénome ; avec cette différence que les travées y sont plus grossières et que les mailles ne contiennent rien sinon par ci par là une cellule migratrice.

En un mot par l'examen approfondi on est arrivé au diagnostic de fibrome lymphangectiasique à la formation duquel tous les éléments connectifs du nerf optique ont participé, mais auquel la présence de l'appareil lymphatique du nerf a imprimé son cachet particulier.

Le microscope nous a renseigné sur la nature évidemment bénigne de la tumeur et l'enfant observé depuis plus d'un an après l'opération est resté indemne de toute récurrence.

En résumé dans les observations I, II, IV, VI, XIII, XIV, réussite de l'opération complète.

Dans l'observation VII, mort.

Dans les observations V, VIII, opération complète, avec fonte de l'œil consécutive et perte de l'autre œil.

Dans les observations III, IX, X, XI, XII, tentative, énucléation consécutive.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

I. — Anatomie de la Région

Avant de décrire le procédé opératoire que nous avons vu employer pour l'extirpation de notre tumeur du nerf optique, il nous paraît utile de donner un aperçu anatomique succinct de la région sur laquelle on opère, des différents organes que l'on pourra rencontrer et des différents plans que l'on aura à traverser pour arriver jusqu'au nerf optique.

Le globe oculaire est renfermé tout entier dans la cavité orbitaire. La paroi supérieure de cette cavité est constituée en avant par le frontal, en ar-

rière par les petites ailes du sphénoïde où elle est très mince. La paroi inférieure forme le plancher de l'orbite et la voûte du sinus maxillaire ; elle est constituée presque dans son entier par la face supérieure du maxillaire supérieur. Cette paroi est aussi très mince. La paroi latérale externe est formée en arrière par le sphénoïde, en avant par l'os malaire et le frontal qui se soudent ensemble à peu près à sa partie médiane. C'est en suivant cette paroi que l'on va généralement chercher le nerf optique dans le cas d'énucléation et c'est cette voie que nous suivrons dans notre opération. La paroi latérale interne est formée par l'ethmoïde en arrière, l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur en avant ; paroi elle aussi est d'une grande fragilité, en rapport avec les fosses nasales et les cellules ethmoïdales.

Cette cavité, que l'on peut comparer à un cône, a son sommet dirigé en arrière, il est percé d'un orifice à travers lequel passent le nerf optique et l'artère ophtalmique. Elle est divisée en deux loges distinctes par une cloison fibro-celluleuse qui constitue l'aponévrose orbitaire ou de Ténon. La loge antérieure est destinée au globe oculaire, la loge postérieure contient graisse, muscles, nerfs et vaisseaux. La partie qui tapisse le globe est aussi destinée aux paupières. A la partie antérieure du globe, cette aponévrose est recouverte par la membrane muqueuse de l'œil, autrement dit la conjonctive.

Cette conjonctive part du bord libre des paupières, recouvre les cartilages tarse, se réfléchit en formant un cul-de-sac conjonctival supérieur lâche, puis chemine en avant sur la sclérotique qu'elle recouvre, s'épanouissant au pourtour de la cornée sur laquelle elle n'envoie que la couche épithéliale. A la partie inférieure, elle se comporte de la même façon, formant un cul-de-sac conjonctival inférieur moins profond toutefois que le supérieur. A l'angle interne de l'œil, elle est soulevée par un amas de petites glandules : la caroncule lacrymale. Cette membrane très vasculaire est doublée d'une couche abondante de tissu cellulaire ; elle est douée d'une laxité remarquable qui permet de la saisir très-facilement avec des pinces et de faire une boutonnière plus ou moins grande pour aller à la recherche des tendons des muscles que l'on voudra sectionner après les avoir chargés sur un crochet courbe. C'est de même par cette boutonnière agrandie que l'on ira avec des ciseaux courbes à la recherche du nerf optique tuméfié pour le sectionner.

La loge postérieure contient une grande quantité de graisse molle, semi-fluide au milieu de laquelle passent d'abord : les muscles.

Appareil musculaire. — Ces muscles sont au nombre de six : quatre droits et deux obliques. Des quatre droits, trois s'insèrent au tendon de Zinn ; le quatrième le droit supérieur s'insère à la gaine du nerf optique. Des deux obliques, le grand s'in-

sère sur le nerf optique entre le droit supérieur et le droit interne ; le petit sur la partie inférieure et interne de la circonférence de la base de l'orbite. Ces deux muscles entourent l'œil à la façon d'une sangle. Sur la sclérotique les quatre droits s'insèrent à une distance de la cornée égale à cinq millimètres pour le droit interne, 6, 7 et 8 millimètres pour les autres, selon une spirale par conséquent.

C'est le muscle droit externe que nous conseillons de sectionner dans notre opération ; c'est donc à la recherche de son tendon qu'il nous faudra aller après l'incision conjonctivale ; il sera sectionné et retenu par un fil tenu par un aide.

Le diamètre vertical du globe oculaire étant d'après les mesures de Sappey de 23 millimètres 2, l'espace compris entre les deux muscles droit supérieur et droit inférieur est environ de 2 centimètres et cet espace donne un jour suffisant pour aller à la recherche du nerf optique tuméfié et luxer le globe à travers l'orifice conjonctival.

Ces muscles sont innervés par le nerf moteur oculaire commun qui fournit des branches aux droits supérieur, inférieur, interne et petit oblique. Le nerf pathétique est destiné au grand oblique. Le moteur oculaire externe au droit externe.

L'artère et la veine ophtalmiques, avec leurs nombreuses ramifications, irriguent largement toutes les parties contenues dans la cavité orbitaire. Dans l'extirpation des tumeurs, l'hémorrhagie que

ces vaisseaux produisent, œde assez facilement à une bonne compression étant donné le plan osseux résistant qui limite cette cavité.

En résumé le globe de l'œil est un sphéroïde contenu dans l'orbite ; il repose en arrière sur un plan fibreux doublé d'une couche épaisse de graisse sur lequel il se meut grâce à l'action de nombreux muscles s'insérant au sommet de cette cavité. En avant il est protégé par les paupières contre la face postérieure desquelles il s'adosse et qui se mourent exactement sur lui. Pour toutes les opérations que l'on pratique sur ce globe on les écarte au moyen d'un blépharostat, ce qui, dans notre opération, en particulier, nous donnera beaucoup plus de jour pour luxer l'œil et mettre à nu la tumeur en avant.

Avant de terminer ce court chapitre d'anatomie externe de l'œil, nous voudrions encore donner une idée aussi exacte que possible du trajet du nerf optique et de son point d'insertion sur le globe.

Du chiasma le nerf se dirige obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors, vers le trou optique qu'il traverse pour pénétrer dans l'orbite. Il se compose donc de deux parties : une partie intra-crânienne qui mesure environ 10 à 12 millimètres et une partie intra-orbitaire qui mesure environ trois centimètres de longueur. Cette portion n'est pas tout à fait rectiligne et présente une longueur plus grande que celle qui sépare le trou optique du pôle postérieur de l'œil ; cette disposi-

tion empêche le tiraillement du nerf optique lorsqu'il y a déplacement de la papille et en même temps de l'hémisphère en sens contraire. Il s'infléchit légèrement sur lui-même en formant un coude dont la convexité regarde en-dehors. Il suit alors une direction postéro-antérieure, se porte vers le globe de l'œil et y pénètre en un point qui est situé à trois millimètres en-dedans et un peu au dessous de son pôle postérieur, formant sur la rétine une tache circulaire blanchâtre de 1 à 1,5 millimètres de diamètre appelée : papille du nerf optique.

Dans le trou optique, où il passe avec l'artère ophtalmique il passe en-dedans de celle-ci, puis traverse l'anneau fibreux sur lequel s'insèrent les tendons des muscles droits du globe. Dans l'orbite il croise obliquement la face inférieure de l'artère qui est située au-dessus de lui et répond du côté interne au ganglion ophtalmique. Tout autour de lui sont disposés les nerfs et vaisseaux ciliaires.

III. — Description du procédé.

Ces quelques données anatomiques étant posées, nous allons passer à la description du manuel opératoire tel que nous l'avons vu pratiquer par Monsieur le professeur agrégé Rohmer, et poser les règles à suivre dans le cours de l'opération pour

arriver promptement et avec le plus de succès possible à l'extirpation de la tumeur du nerf en conservant le globe.

Le malade est chloroformé. Les paupières sont écartées au moyen d'un blépharostat.

On pratique un lavage bien antiseptique de la région avec une solution de sublimé au millième en ayant soin d'enlever toutes les mucosités qui pourraient s'accumuler dans les cul-de-sac conjonctivaux.

Pour se donner un peu plus de jour et si l'on soupçonne l'existence d'une tumeur assez volumineuse, au lieu d'écarter les paupières avec un blépharostat, on pourrait faire comme Monsieur Lagrangel'a fait pour son petit opéré, une incision de l'angle externe des paupières de 1 ou 2 centimètres. En passant un fil dans chacune d'elles, un aide pourrait facilement les écarter.

1°. On pratique une incision conjonctivale courbe sur le côté externe, de haut en bas et pouvant s'étendre de l'insertion du muscle droit supérieur au droit inférieur, cette incision est longue d'environ 1 centimètre et demi à 2 centimètres.

2°. On charge le muscle droit externe sur un fil que l'on confie à un aide après avoir fait un double nœud et on le sectionne de son insertion scléroticale à environ 1/2 centimètre de cette insertion pour faciliter sa suture.

4°. On luxé le globe de l'œil en l'attirant au-dehors ; et pour cela, au moyen d'une aiguille de Cooper, on passe un fil au-dessous du nerf près de son insertion sur le globe et on tire sur lui : ou bien on presse directement sur le globe en dirigeant la cornée en bas et en-dedans ce qui amène la tumeur en haut et en dehors ; on introduit le doigt derrière le globe ce qui permet de sentir que le néoplasme fait corps avec le nerf et de l'isoler ; à ce moment, on le sectionne.

5°. On introduit des ciseaux courbes profondément derrière la limite postérieure de la tumeur, on la délimite et on la sépare d'un coup de ciseaux de la partie restée saine du nerf.

6°. Après avoir fait l'hémostase, on lave soigneusement la cavité orbitaire au sublimé et on remet le globe en place.

7°. On suture le droit externe à son tendon et l'on maintient en place par quelques points de suture au fil de soie le lambeau conjonctival.

8°. On saupoudre légèrement la conjonctive d'iodoforme, on recouvre l'œil d'un petit morceau de gaze iodoformée et de coton salicylé et on place sur le tout un bandeau compressif que l'on laisse en place deux ou trois jours.

Tel est le procédé opératoire simple, comme on le voit, qui a suffi à extirper la tumeur dont était porteur l'enfant qui a été amenée à la clinique ophtalmologique de Nancy. Ce procédé est facile à mettre en œuvre dans les cas de tumeur nettement

limitée et facilement éliminable. On pourra le modifier dans l'un ou l'autre de ses temps selon les besoins et les indications du moment. Ainsi nous avons vu dans le cas de Critchett, par exemple, que cet opérateur avait procédé par morcellement après une large incision de la conjonctive et que dans une seconde intervention, après avoir détaché la tumeur de ses adhérences aux parties avoisinantes, il l'avait attirée avec une pince puis séparée de ses attaches postérieures avec des ciseaux courbes.

Dans le cas de Knapp (Obs. N° 4) où la tumeur semblait siéger surtout en haut et en dedans, il fit une incision conjonctivale entre le droit supérieur et l'interne, circonscrivit la tumeur au moyen de l'indicateur, l'isola de la sclérotique il sectionna le nerf à son extrémité oculaire puis à son extrémité orbitaire.

Le procédé employé par Monsieur Lagrange de beaucoup analogue au notre en diffère cependant en plusieurs points ; en particulier par ce fait qu'il va sectionner le nerf optique tuméfié à son entrée dans l'orbite après avoir passé en dessous de lui à ce niveau un fil que l'on a serré. Il tire sur ce fil et fait basculer ainsi œil, tumeur et nerf qu'il est facile de sectionner à son insertion scléroticale.

Ces différences sont de peu d'importance et le procédé que nous avons décrit pourra servir de ligne

de conduite à l'opérateur. Il peut se résumer ainsi dans ses grands traits.

Incision de la conjonctivite.

Section du droit externe.

Luxation du globe en avant.

Section du nerf tuméfié à son insertion scléroticale puis à son extrémité orbitaire.

Remise en place du globe.

Suture du tendon du droit externe.

Aplication d'un léger pansement antiseptique et compressif.

Comme nous le disions plus haut, ce procédé opératoire se rapproche en bien des points de la résection du nerf optique dans le traitement de l'ophtalmie sympathique et avant de terminer nous voudrions exposer brièvement cette opération et montrer ainsi les analogies qu'elle présente avec celle que nous venons de décrire.

On sectionne le muscle droit interne après avoir préalablement passé dans ses deux extrémités les fils destinés à réunir celles-ci par une suture. Le nerf optique est chargé sur un crochet à strabisme, attiré en avant et sectionné aussi loin que possible de son attache au globe oculaire ; puis le bout antérieur étant saisi avec une pince, on fait exécuter à l'œil un mouvement de rotation en-dehors, qui permet de couper le bout du nerf au ras de la sclérotique. On remet l'œil en place et on fait la suture du droit interne. La résection est

faite sur une longueur de 6 à 7 millimètres (1).

Faite sur une longueur de 50 millimètres à 1 centimètre et plus, s'il est nécessaire, et sur un nerf tuméfié, c'est presque notre opération.

(1) Rohmer. *Annales d'oculistique*, avril 1892.

CONCLUSIONS

1° Le seul traitement rationnel des tumeurs du nerf optique est : l'extirpation.

2° Dans les cas de tumeur nettement limitée et primitive, on devra l'extraire en conservant le globe oculaire.

3° Lorsqu'il y aura doute sur la nature de la tumeur on devra opérer avec l'intention de conserver le globe et s'il surgit des difficultés opératoires, on sera autorisé à pratiquer l'énucléation.

4° Dans tous les cas où cette opération est possible, elle est préférable à l'énucléation ; le globe conservant encore quelques mouvements et s'il s'atrophie permettant la pose plus facile d'un œil artificiel.

Vu :

Nancy, le 9 juillet 1892.

Le Président de la thèse,

F. GROSS.

Vu :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 9 juillet 1892.

Le Recteur,

E. MOURIN.

